

＜ 注 意 事 項 ＞

※未成年の方は、来院時にこの同意書が必要です。

※親権者記入欄は必ず親権者本人が記入してください。

※親権者は未成年後見人の方でお願いします。

※親権者の方へ確認のご連絡をさせていただく場合がありますので、「連絡先」欄には  
連絡可能な電話番号をご記入ください。

記入日                      年                      月                      日

親 権 者 同 意 書

医療法人社団 SMILE LAND BIANCA CLINIC 御中

私は、申込者の親権者として、貴院で申込者が下記治療を受けることに同意します。

契約及び施術に関して、一切の異議申し立てを致しません。

申込者記入欄

治療名 ※正式名称を 記入してください。			
氏名			
生年月日		年齢	
連絡先	自宅番号： 携帯番号：		

親権者記入欄

氏名	印
申込者との続柄	
住所	
連絡先	自宅番号： 携帯番号：

※治療名（正式名称）は、当院のホームページをご参照ください。

名称が違う場合、本書は無効となりますので十分にご注意ください。